|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助资金结算表** | | | | | | |
| 县（市、区）慈善总会   患儿编号： | | | | | | |
| 姓  名 |  | | 出生年月 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 经济情况 | （孤儿、低保户、低保边缘户） | | | | | |
| 疾病类型 |  | | | | | |
| 治疗医院 |  | | | | | |
| 治疗效果 |  | | | | | |
| 总治疗费用 | 元 | | 医保外总费用 | | 元 | |
| 医保内总费用 | 元 | | 医保报销金额 | | 元 | |
| 医疗救助金额 | | 元 | |
| 社会救助金额 | | 元 | |
| 医保内自付金额 | | 元 | |
| 省、市、县三级 贫困家庭儿童重大 疾病慈善救助总额 | 元  （盖章） | | 县（市、区）贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 | | 元  （盖章） | |
| 市贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 | 元  （盖章） | | 省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助金额 | | 元  （盖章） | |
| 患儿家庭实际自付总金额 | | 元 | | | | |
| 申请结算日期： | | | | | | |
| **1、结算表须附材料：①患儿出院小结；②费用发票复印件；③医保报销凭证； 2、患儿经济状况发生改变，仅需将低保证复印件或贫困证明等附后，无须重新填报《申请表》** | | | | | | |